

University of Groningen

De rol van het ochtendrapport in de opleiding tot internist

Gans, R O; Sleijfer, D T; van der Werf, T S; Zijlstra, J G

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2000

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Gans, R. O., Sleijfer, D. T., van der Werf, T. S., & Zijlstra, J. G. (2000). De rol van het ochtendrapport in de opleiding tot internist. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144(36), 1753-1754.
<https://www.ntvg.nl/artikelen/de-rol-van-het-ochtendrapport-de-opleiding-tot-internist>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

De rol van het ochtendrapport in de opleiding tot internist

E.J.F.M.DE KRUIJF, P.H.E.M.DE MEIJER EN A.E.MEINDERS

Traditiegetrouw begint de werkdag op de afdeling Interne Geneeskunde in de meeste ziekenhuizen met het ochtendrapport: een bijeenkomst van stafleden, chefs de clinique, assistent-geneeskundigen, co-assistenten en eventueel studenten waar belangrijke klinische gebeurtenissen, zoals opname van een nieuwe patiënt, overlijden of optreden van complicaties gedurende de afgelopen 24 uur besproken worden. Het ochtendrapport dient een meerledig doel: het informeert de aanwezigen over veranderingen die op de afdelingen hebben plaatsgevonden, beslissingen aangaande diagnosestelling en behandeling kunnen kritisch worden bekeken, de samenhang van de groep wordt door sociale interactie bevorderd en de voorzitter van het ochtendrapport, meestal een staflid, kan door zijn of haar aanwezigheid het kwaliteitsniveau controleren en garanderen en zorgen voor uniformiteit van beleid. Daarnaast speelt het ochtendrapport een belangrijke rol in de opleiding van assistent-geneeskundigen.¹

In 1979 bekritiseerden DeGroot en Siegler het traditionele ochtendrapport.² Zij vonden het te veel gericht op het passief absorberen van klinische informatie en stelden voor het als basis te laten dienen voor het genereren van klinische vragen die relevant zijn voor de directe patiëntenzorg; de assistent-geneeskundigen zouden deze vragen door middel van (literatuur)onderzoek moeten beantwoorden. Hierdoor zou een actievere betrokkenheid van de deelnemers aan het ochtendrapport bewerkstelligd worden en de waarde voor de opleiding zou toenemen.

In de jaren hierna werden in de literatuur verschillende vormen van het ochtendrapport beschreven, waarbij men in meer of mindere mate de traditionele opzet aanpaste in een poging de onderwijskundige waarde van het rapport te optimaliseren. Beschreven werden onder andere: betrokkenheid van studenten bij het ochtendrapport, het uitgebreid bespreken van één of meer casussen inclusief literatuur en het bespreken van poliklinische of ontslagen patiënten.³⁻⁷ Recentelijk is, naar analogie van de voorstellen van DeGroot en Siegler, een 'evidence-based' ochtendrapport beschreven waarin dagelijks naar aanleiding van klinische problemen vragen worden geformuleerd die dan op het ochtendrapport van de volgende dag met evidence-based literatuur beantwoord zouden moeten worden.¹ Gezien het dagelijkse karakter

SAMENVATTING

Het ochtendrapport vormt een belangrijk onderdeel van de dagelijkse routine op de afdeling Interne Geneeskunde. Indien aan een aantal voorwaarden wordt voldaan (kritische doch niet-confronterende sfeer, ruime deelname, breed patiënten-aanbod) draagt het volgens de literatuur op een effectieve manier bij aan de opleiding tot internist. Wij toetsten de op het ochtendrapport besproken ziektebeelden retrospectief aan de eindtermen voor de opleiding tot internist, zoals deze beschreven staan in het recentelijk verschenen 'Raamplan interne geneeskunde'. Van de in dit overzicht beschreven ziektebeelden werd bijna tweederde (62,4%) binnen een periode van 6 maanden op het ochtendrapport besproken. Het ochtendrapport blijkt zo een belangrijke aanvulling te zijn op de overige vormen van kennisoverdracht binnen de opleiding tot internist.

van het ochtendrapport maakt dit kwantitatief een aanzienlijk deel uit van het door de assistent-geneeskundigen genoten onderwijs (ongeveer 3-5 uur/week). Onderzoek naar de beleving van het ochtendrapport onder 74 Amerikaanse assistent-geneeskundigen liet zien dat zij het ochtendrapport ook kwalitatief het belangrijkste deel van hun opleiding achtten.⁸ Er zijn echter klinieken waar het ochtendrapport niet, of in sterk afgeslankte vorm, plaatsvindt. In dit artikel willen wij een lans breken voor het ochtendrapport als belangrijk onderdeel van de opleiding tot internist; wij zullen onze opvattingen inhoudelijk onderbouwen.

RAAMPLAN INTERNE GENEESKUNDE

Onlangs is door de Nederlandsche Internisten Vereniging het 'Raamplan interne geneeskunde' gepresenteerd, waarin de eindtermen van de opleiding Interne Geneeskunde gedefinieerd worden.⁹ Deze eindtermen zijn totstandgekomen op grond van (inter)nationale criteria en beschrijven zowel algemene eisen waaraan een internist na het afronden van de opleiding moet voldoen als een groot aantal specifieke ziektebeelden die hij/zij volledig moet kennen. De eindtermen zijn afgestemd op de algemene internistenpraktijk en bestrijken de gehele breedte van de interne geneeskunde en haar deelgebieden alsmede de voor de internist relevante onderdelen van verwante specialismen. Van al deze ziektebeelden dient de internist kennis te hebben, waarbij het Raamplan beschrijft of deze kennis zich behalve tot pathofysiologie, klinische presentatie en diagnostiek, ook dient uit te strekken tot therapie, preventie en voortgezette begeleiding. Naast deze lijst van specifieke ziektebeelden wordt in een apart hoofdstuk van het Raamplan een selectie uit deze lijst weergegeven van ziektebeelden die tot de acute interne geneeskunde behoren. De internist

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Algemene Interne Geneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden.

E.J.F.M.de Kruif, assistent-geneeskundige (thans: internist, afd. Hematologie); dr.P.H.E.M.de Meijer en prof.dr.A.E.Meinders, internisten.
Correspondentieadres: E.J.F.M.de Kruif.

dient, ook als hij/zij zich verder gespecialiseerd heeft in een aandachtsgebied, voldoende kennis te hebben van de diagnostiek en (eventueel de eerste fase van) behandeling van deze acute interne aandoeningen, teneinde adequaat te kunnen functioneren binnen het dienstensysteem van een interne afdeling.

Gedurende de opleiding tot internist vergaart men op velerlei manieren de kennis die nodig is om te voldoen aan de eisen die in deze eindtermen worden gesteld: niet alleen door directe betrokkenheid bij (poli)klinische patiëntenzorg, maar ook door zelfstudie, cursorisch onderwijs, refereeravonden en patiëntenbesprekingen, waaronder het ochtendrapport. De formulering van de eindtermen voor de opleiding tot internist geeft de mogelijkheid te toetsen of de verschillende manieren waarop kennisoverdracht binnen de opleiding totstandkomt in voldoende mate leiden tot realisering van deze eindtermen en men kan deze methoden daarmee valideren.

HET LEIDSE OCHTENDRAPPORT

De afdeling Interne Geneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum houdt elke werkdag een ochtendrapport. Dit vindt direct aan het einde van de nachtdienst en bij het begin van de werkdag plaats en duurt 20 tot 60 minuten, afhankelijk van het aantal te bespreken patiënten. In principe worden alle patiënten besproken die in de 24 uur ervoor zijn opgenomen op de afdelingen Algemene Interne Geneeskunde, Endocrinologie, Hematologie, Infectieziekten, Maag-, Darm- en Leverziekten, Nierziekten, Oncologie en Intensive Care Interne Geneeskunde. Afhankelijk van de aanwezigheid van de betrokken artsen worden ook de opnamen op de afdelingen Reumatologie, Longziekten en Hartziekten besproken. Hierbij wordt ingegaan op reden van verwijzing, anamnese, relevante bevindingen bij lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek, differentiaaldiagnose en reeds ingestelde therapie. In het bijzonder wordt ingegaan op de gevolgde diagnostische strategie, met name ten aanzien van relevantie en belasting voor de patiënt, therapeutische consequenties en kosteneffectiviteit. Ook de voor- en nadelen van het aanvullende onderzoek, bijvoorbeeld wat betreft sensitiviteit en specificiteit, komen ter sprake. Tevens worden de op de afdelingen overleden patiënten besproken; meestal worden daarbij diagnose en klinisch beloop gerecapituleerd en altijd wordt vermeld of er obductie en/of weefsel- of orgaandonatie hebben plaatsgevonden. Verder worden klinische problemen of complicaties bij reeds opgenomen patiënten besproken.

Het ochtendrapport wordt voorgezeten door de chef de clinique van een van de interne afdelingen en wordt in het algemeen bijgewoond door de opleider, de hoogleraar Interne Geneeskunde. Het voorzitterschap rouleert elke 4 maanden. De voorzitter noteert van alle in de 24 uur daarvoor opgenomen patiënten in een logboek de personalia (naam, leeftijd, afdeling), eventuele belangrijke bevindingen uit anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek, en de (waarschijnlijkheids)diagnose(n) en ingestelde behandeling. Indien bepaalde zaken nog onduidelijk zijn, legt de voorzitter

door middel van een notitie in het logboek vast dat hierover op een later tijdstip teruggerapporteerd moet worden. In samenwerking met de opleider zorgt de voorzitter naar aanleiding van de gepresenteerde gegevens voor discussie onder de deelnemers aan het ochtendrapport.

Aanwezig zijn verder de assistent-geneeskundigen die de afgelopen 24 uur dienst hebben gehad, zoveel mogelijk overige assistent-geneeskundigen en een wisselend aantal chefs de clinique en consulenten. Co-assistenten zijn 3 keer per week op het ochtendrapport aanwezig en presenteren bij toerbeurt één keer per week een door hen recentelijk opgenomen patiënt. Eén keer per week vindt er een zogenaamde schriftelijke patiëntendemonstratie plaats waarbij een van de assistent-geneeskundigen uitgebreid een patiënt bespreekt. Er wordt dan ingegaan op de relevante literatuur, waarna er discussie in de groep kan plaatsvinden.

TOETSING

Teneinde de rol van het ochtendrapport in de opleiding Interne Geneeskunde te bepalen onderzochten wij retrospectief in hoeverre de in het 'Raamplan interne geneeskunde' genoemde specifieke ziektebeelden tijdens het ochtendrapport ter sprake kwamen.

Uit het door de voorzitter van het ochtendrapport bijgehouden schriftelijke verslag bleek dat van 1 januari-30 juni 1999 op het ochtendrapport 683 patiënten waren besproken. De (waarschijnlijkheids)diagnose of -diagnosen van deze patiënten werden geassocieerd volgens de in het Raamplan gebruikte onderverdeling naar deelspecialisme of aanverwant specialisme. Daarbij werden de volgende onderdelen onderscheiden: allergologie/immunologie, stoornissen in de water- en elektrolythuishouding en het zuur-basenevenwicht, endocrinologie en stofwisselingsstoornissen, hart- en vaatziekten, hematologie, infectieziekten, intensive-caregeneeskunde, longziekten, maag-, darm- en leverziekten, nierziekten, oncologie, geriatrie, reumatologie, dermatologie, neurologie, oogheelkunde en psychiatrie. Tevens werd bekeken of het betreffende ziektebeeld daarnaast viel te rangschikken onder de in het Raamplan beschreven acute interne aandoeningen.

Op het ochtendrapport waren gedurende de 6 onderzochte maanden in totaal 974 ziektebeelden bij 683 patiënten besproken (gemiddeld 1,4 ziektebeeld per patiënt). In tabel 1 is weergegeven hoe vaak per deelspecialisme of aanverwant specialisme een ziektebeeld behorende tot dat specialisme werd besproken; verder is per specialisme het procentuele aandeel ten opzichte van het totale aantal besproken ziektebeelden vermeld. Van de 263 in het Raamplan beschreven ziektebeelden werden er op het ochtendrapport in de onderzochte periode 164 (62,4%) besproken. In de figuur wordt dit voor elk afzonderlijk (deel)specialisme weergegeven. Van de 46 acute interne aandoeningen die in het Raamplan zijn beschreven, waren er 38 (82,6%) besproken.

BESCHOUWING

Het ochtendrapport speelt een belangrijke rol in de opleiding tot internist. Het kan op een relatief eenvoudige

TABEL 1. Aantal tijdens het ochtendrapport op de afdeling Interne Geneeskunde besproken ziektebeelden per specialisme bij 683 patiënten; Leids Universitair Medisch Centrum, januari-juni 1999*

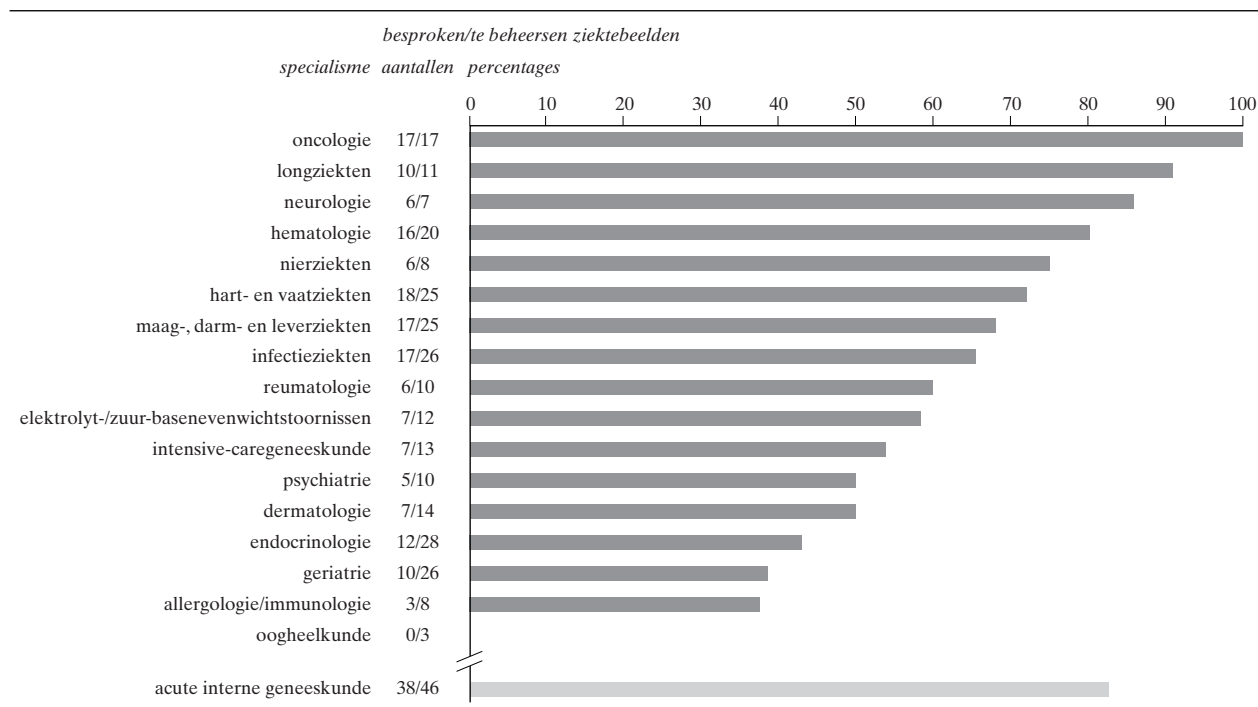
infectieziekten	153 (15,7)
maag-, darm- en leverziekten	150 (15,4)
oncologie	131 (13,4)
hematologie	105 (10,8)
longziekten	94 (9,7)
hart- en vaatziekten	83 (8,5)
endocrinologie	64 (6,6)
intensive-caregeneeskunde	38 (3,9)
nierziekten	38 (3,9)
elektrolyt-/zuur-basenevenwichtstoornissen	23 (2,4)
neurologie	22 (2,3)
reumatologie	19 (2,0)
geriatrie	17 (1,7)
dermatologie	16 (1,6)
allergologie/immunologie	11 (1,1)
psychiatrie	10 (1,0)
oogheelkunde	0 (0)
totaal	974 (100)

*Tussen haakjes het procentuele aandeel ten opzichte van het totale aantal besproken ziektebeelden.

en efficiënte manier bijdragen tot de kennis van diagnostiek en behandeling van meer en minder vaak voorkomende aandoeningen, zowel die van acute als die van niet-acute aard. De mate waarin op het ochtendrapport de in het 'Raamplan interne geneeskunde' beschreven ziektebeelden besproken worden, ondersteunt deze opvatting. In een tijd waarin gestreefd wordt naar een compactere opleiding is het belangrijk efficiënt gebruik

te maken van de verschillende methoden van kennisoverdracht. Het traditionele, klinisch georiënteerde ochtendrapport kan hierbij een belangrijke rol vervullen.

Op grond van verschillende aanbevelingen in de literatuur kan een aantal eisen geformuleerd worden waaraan het ochtendrapport idealiter zou moeten voldoen.^{1 4 8 10 11} Het is van het grootste belang dat men een sfeer creëert die zowel onderzoekend als niet-confronterend is, teneinde een zo groot mogelijke participatie van alle deelnemers te bewerkstelligen. Bij voorkeur zit het afdelingshoofd of een staflid met uitgebreide klinische ervaring het ochtendrapport voor en nemen alle assistent-geneeskundigen en een zo groot mogelijk aantal stafleden, waaronder chefs de clinique en consultants van de verschillende subspecialismen, eraan deel. Verder is, gezien het educatieve karakter van het ochtendrapport, ook de aanwezigheid en actieve deelname van co-assistenten gewenst. Niet alleen de opnamediagnose, maar ook de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek, de gevolgde diagnostische strategie en het behandelingsplan dienen besproken te worden. Op regelmatige basis kan tijdens het ochtendrapport tijd vrijgemaakt worden waarin bijvoorbeeld uitgebreid een interessante casus of een nieuwe behandelingsconsensus besproken wordt. Ook hierbij is het belangrijk voldoende ruimte voor interactieve discussie te bieden. Gezien de waarde voor de opleiding is het van belang dat een zo breed mogelijk scala aan patiënten besproken wordt. Aandoeningen die relatief weinig voorkomen of zeldzame verschijningsvormen van algemenere aandoeningen zullen dan ter sprake kunnen komen en zo bijdragen tot



Aantallen en percentages besproken ziektebeelden per (deel)specialisme tijdens het ochtendrapport op de afdeling Interne Geneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum, januari-juni 1999, ten opzichte van de eindtermen in het 'Raamplan interne geneeskunde'.⁹ In totaal waren er van de 263 te beheersen ziektebeelden 164 besproken (62,4%).

de kennis van de betreffende ziektebeelden bij de deelnemers, die individueel deze aandoeningen of verschijningsvormen zelden zullen tegenkomen. Ook dit kan de deelnemers aanzetten tot verdere bestudering van het ziektebeeld.

Een samenvatting van deze punten is weergegeven in tabel 2. Evaluatie van het ochtendrapport zoals dat in de Leidse kliniek plaatsvindt, laat op sommige punten ruimte voor verbetering zien. Zo is het aandeel op het ochtendrapport van de onderdelen reumatologie, elektrolyt- en zuur-basenevenwichtstoornissen, intensive-care-geneeskunde, psychiatrie, dermatologie, endocrinologie, geriatrie, allergologie/immunologie en oogheelkunde relatief klein. Hierbij speelt een aantal factoren een rol:

- Patiënten bezoeken het ziekenhuis voornamelijk poliklinisch (reumatologie, psychiatrie, dermatologie, geriatrie, allergologie/immunologie, oogheelkunde).
- De beschreven ziektebeelden komen weinig voor (endocrinologie, allergologie/immunologie) of zijn een gevolg van een ander ziektebeeld en worden dan niet als zodanig gemeld of genoteerd (elektrolyt- en zuur-basenevenwichtstoornissen).
- Het betrokken specialisme wordt op het ochtendrapport onvoldoende gerepresenteerd (reumatologie).

De besproken ziektebeelden maken bijna tweederde deel (62,4%) uit van de in het Raamplan beschreven ziektebeelden; deze bevinding komt overeen met die van een soortgelijk, eerder uitgevoerd Amerikaans onderzoek.⁴ Het percentage valt waarschijnlijk hoger uit indien gedurende een langere periode dan de 6 maanden van dit onderzoek geobserveerd zou worden.

Aangezien het ochtendrapport slechts één van de methoden binnen de opleiding is waarbij kennisoverdracht totstandkomt, kan niet verwacht worden dat de gehele interne geneeskunde hierin aan bod komt. Stages of consultantschapen op de betreffende afdelingen, patiëntenbesprekingen en zelfstudie kunnen de hiaten vullen. Binnen het ochtendrapport zelf kan getracht worden de onderwerpen van de klinische patiëntenbesprekingen zo te sturen dat deze een aanvulling vormen op het patiëntenaanbod. Hiermee wordt tevens een actieve deelname gestimuleerd van representanten van specialismen die nu niet vertegenwoordigd zijn.

Het feit dat een patiënt op het ochtendrapport besproken wordt, zegt op zichzelf niets over de kwaliteit van het besprokene. Toetsing of de op het ochtendrapport verkregen kennis beklijft dan wel of de patiëntenzorg erdoor verbetert, is praktisch moeilijk uitvoerbaar. Het ochtendrapport kan echter een belangrijke aanvulling vormen op de bekende literatuur in leerboeken en publicaties doordat geput kan worden uit de aanwezige klinische ervaring. Door kritische analyse van de patiëntenbesprekingen kunnen verbeteringen aangebracht worden in het verdere diagnostische en therapeutische beleid.

Gezien de verschuiving van gespecialiseerde klinische naar poliklinische zorg en de afnemende duur van het verblijf in het ziekenhuis valt te verwachten dat ook het aanbod van klinische patiënten en daarmee de inhoud van het ochtendrapport verandert. Om toch aan de in

TABEL 2. Aandachtspunten voor het klinische ochtendrapport

- onderzoekende en niet-confronterende sfeer
- als voorzitter een afdelingshoofd of stafid met uitgebreide klinische ervaring
- deelname door assistent-geneeskundigen, co-assistenten, chefs de clinique en consultants met brede vertegenwoordiging uit deelspecialismen en aanverwante specialismen
- breed scala aan patiënten
- kritische bespreking van anamnese, lichamelijk onderzoek, diagnostische strategie en behandelingsplan
- eventueel te combineren met uitgebreide casus- of literatuurbespreking

het Raamplan gestelde eindtermen te kunnen voldoen, zal men mogelijk de vorm van het ochtendrapport moeten veranderen. Het instellen van een poliklinisch ochtendrapport, waarbij nieuwe poliklinische patiënten besproken worden op de manier van het traditionele, klinische ochtendrapport, zou hiervoor een oplossing kunnen bieden.⁶ Vooralsnog geldt voor het ochtendrapport nog steeds het adagium 'een goed begin is het halve werk'.

ABSTRACT

The role of the morning report in the training of internists. – The morning report constitutes an important part of the daily routine in the Department of Internal Medicine. According to the literature, this procedure makes an effective contribution to the training of internists, provided that a number of conditions are fulfilled (a critical but not hostile atmosphere, broad participation, a large number of patients). We compared the diseases discussed in the morning report retrospectively with the final attainment levels for the training of internists as described in the recently published 'Outline of Internal Medicine'. Of the diseases described in this outline, almost two-thirds (62.4%) had been discussed on the morning report within a period of 6 months. The morning report would seem to be an important addition to the other forms of knowledge transfer within the training of internists.

LITERATUUR

- 1 Reilly B, Lemon M. Evidence-based morning report: a popular new format in a large teaching hospital. *Am J Med* 1997;103:419-26.
- 2 DeGroot LJ, Siegler M. The morning-report syndrome and medical search. *N Engl J Med* 1979;301:1285-7.
- 3 Bronson DL, Bertsch TF. Morning report for internal medicine clerks [letter]. *Acad Med* 1993;68:780.
- 4 Pupa jr LE, Carpenter JL. Morning report. A successful format. *Arch Intern Med* 1985;145:897-9.
- 5 Mehler PS, Kaehny WD, Fraser V, Miller S, Bost T, Lezotte DC, et al. Clinical effect of morning report [letter]. *Acad Med* 1993;68:547.
- 6 Malone ML, Jackson TC. Educational characteristics of ambulatory morning report. *J Gen Intern Med* 1993;8:512-4.
- 7 Wartman SA. Morning report revisited: a new model reflecting medical practice of the 1990s. *J Gen Intern Med* 1995;10:271-2.
- 8 Ways M, Kroenke K, Umali J, Buchwald D. Morning report. A survey of resident attitudes. *Arch Intern Med* 1995;155:1433-7.
- 9 Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV). Raamplan interne geneeskunde: eindtermen van de opleiding interne geneeskunde. Utrecht: NIV; 1999.
- 10 Harris jr ED. Morning report. *Ann Intern Med* 1993;119:430-1.
- 11 Gross CP, Donnelly GB, Reisman AB, Sepkowitz KA, Callahan MA. Resident expectations of morning report: a multi-institutional study. *Arch Intern Med* 1999;159:1910-4.

Aanvaard op 10 maart 2000